

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

1052

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Henry LIBAUDE

Né le 9 Novembre 1914 à Aix-sur-Vienne (Haute-Vienne)

**A propos de quelques cas
d'Epididymites primitives
chroniques à staphylocoques**

Président : CHEVASSU , Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI.

1939

1025

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Henry LIBAUDE

Né le 9 Novembre 1914 à Aix-sur-Vienne (Haute-Vienne)

A propos de quelques cas d'Epididymites primitives chroniques à staphylocoques

Président : CHEVASSU , Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE
A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI

1 9 3 9

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	GHIRAY
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (H.) . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophthalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ .. Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

VI. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER. ..	
DONZELOT ..		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé .	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie
WEIL-HALLE	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MON ONCLE ET MA TANTE

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR MAURICE CHEVASSU,

Professeur de Clinique Urologique,
Membre de l'Académie de Médecine,
Chirurgien de l'Hôpital Cochin.

En respectueux témoignage de reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GOUVERNEUR,
Chirurgien de l'Hôpital Necker.

*En reconnaissance respectueuse de la
bienveillance qu'il nous a témoignée
dans le mois que nous avons passé
dans son service.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES MOTZ,
Assistant à l'Hôpital Necker,

*qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse.
En témoignage de gratitude pour son
enseignement et sa bienveillance sou-
riante.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

Monsieur le Professeur RATHERY,
Monsieur le Professeur GREGOIRE,
Monsieur le Professeur HARVIER,
Monsieur le Professeur GOSSET,
Monsieur le Professeur CATHALA,
Monsieur le Professeur GUILLAIN,
Monsieur le Docteur TOURAINE,
Monsieur le Professeur LEMIERRE,
Monsieur le Professeur COUVELAIRE,
Monsieur le Professeur CLAUDE,
Monsieur le Professeur LEMAITRE,
Monsieur le Professeur TERRIEN.

A MES MAITRES
DE LA MAISON CHIRURGICALE DU BATIMENT
ET DES TRAVAUX PUBLICS :

Monsieur le Docteur de GAUDART D'ALLAINES,
Chirurgien des Hôpitaux,
Professeur Agrégé à la Faculté.

Monsieur le Docteur LAUNAY,
Chirurgien honoraire des Hôpitaux.

Monsieur le Docteur BRUNETON,
Ancien Interne des Hôpitaux,
Chirurgien de l'Hôpital de Saint-Denis,

En témoignage de profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

Moins fréquentes que les épидидymites banales et les orchі-épидидymites à staphylocoques secondaires à un foyer suppuré, les épидидymites primitives staphylococciques sans lésion uréthrale présentent une allure très particulière.

Négligeant les formes très rares aiguës ou subaiguës, qui touchent le testicule autant que l'épididyme et qui évoluent rapidement vers la guérison par résolution, nous nous attacherons à l'étude des formes chroniques qui simulent à s'y méprendre la tuberculose de cet organe et qui présentent un triple intérêt :

- diagnostique, par la difficulté à les distinguer des lésions tuberculeuses,
- pronostique, par la bénignité habituelle de leur évolution,
- thérapeutique, par l'abstention opératoire et la guérison par le traitement médical.

Seules quelques formes récidivantes sont justiciables d'une épидидymectomie, si le traitement de la prostatite qui entretient la présence du germe a été impuissant. Mais c'est une éventualité exceptionnelle.

Les formes envisagées sont d'un diagnostic difficile, la localisation génitale épидидymaire étant un signe souvent unique, en tout cas prédominant.

OBSERVATIONS

Les observations de von Biland en 1905, la magistrale clinique de M. le Professeur Quénu en 1909 sur « Les orché-épididymites aiguës au cours des staphylococcémies », l'observation de M. le Professeur Chevassu en 1920, ont trait à des malades qui présentaient des signes de staphylococcémie avec hémoculture positive et où l'épididymite n'était qu'un épiphénomène au cours d'un état septicémique parfaitement caractérisé.

Nous retiendrons les observations d'épididymites primitives chroniques à staphylocoques qu'ont bien voulu nous confier le Docteur Gouverneur, chirurgien de l'Hôpital Necker, et le Docteur Charles Motz, Assistant à l'Hôpital Necker, qui nous a inspiré ce travail.

OBSERVATION I (D^r Ch. Motz)

M. D... (Georges), 30 ans.

Le début de l'affection remonte à novembre 1931. Après quelques frissons, le malade constate une élévation de température et s'alite.

L'état reste stationnaire pendant une dizaine de jours, et, le 22 novembre, le malade se plaint de douleurs le long du cordon spermatique droit. A cette date, il n'existait pas, aux dires du malade, de douleur dans la région du testicule et de l'épididyme.

Notons un point important à signaler dans les antécédents du malade : c'est une hémoptysie survenue en 1909, après son rapatriement d'Allemagne. A la suite de cet incident, le malade fait une cure d'altitude et tout rentre dans l'ordre.

Jamais il n'y a eu d'écoulement vénérien et nous n'avons trouvé aucune lésion qui aurait pu être attribuée aux staphylocoques.

A l'examen, le 27 novembre 1931, il s'agit d'un malade pâle, amaigri, se plaignant de douleurs dans la région du testicule droit, avec irradiation le long du cordon; la moitié droite du scrotum est rouge, l'épididyme est augmenté de volume, de consistance ferme, bosselé, sensible à la palpation. Il coiffe le testicule « en cimier de casque » et en est séparé par un sillon net. Le testicule est de volume normal, peu sensible au palper. Il n'y a pas de liquide dans la vaginale, le cordon droit est légèrement épaissi et sensible. Tout est normal, à gauche, la prostate et les vésicules sont saines, les urines sont claires, sans filaments.

La culture du premier jet d'urine, après massage de la prostate, donne du staphylocoque doré à l'état de pureté.

On pratique une série de dix injections de vaccin anti-staphylococcique Pasteur, injections faites tous les deux jours.

Après cette série d'injections, l'épididyme a fortement diminué de volume, les douleurs locales ont cessé. Le 15 juin 1932, l'épididyme est revenu à son état normal.

La température, qui était encore à 37°5 et 38°, tombe. L'état général se relève rapidement.

Au mois de juin 1932, le malade présente un furoncle dans la région supra-pubienne.

Le 9 juillet 1932, l'épididyme était absolument normal : absence de tout noyau et de toute induration. Il était impossible de noter quoi que ce fût d'anormal à son niveau. Les urines étaient claires, l'état général parfait, le malade avait augmenté de poids.

OBSERVATION II (D^r Ch. Motz)

M. P... (Jean), 35 ans, ajusteur, vient consulter à l'Hôpital Saint-Louis, pour épididymite droite.

Blennorrhagie à 14 ans. Pas d'antécédents bacillaires.

Vers le 15 octobre 1931, apparition sur la cuisse droite d'une série de furoncles qui sont soignés et incisés en ville.

Au mois de mars 1932, le début a été très brutal par une douleur dans les bourses comparables à un choc. Cette douleur irradiait le long du cordon ; en même temps, le malade notait une augmentation de volume du scrotum, qui, au bout de trois semaines, aurait atteint le volume d'un œuf de poule.

Il est mis au repos pendant quinze jours ; la tuméfaction régresse, la douleur est moins marquée.

Au moment de la reprise de son travail, il fait une nouvelle poussée de furunculose, au cours de laquelle l'épididyme droit recommence à augmenter de volume et devient le siège de violentes douleurs. C'est sur ces entrefaites qu'il consulte.

À l'examen, il s'agit d'une épididymite totale : l'épididyme est augmenté de volume en masse, dur, bosselé, coiffant « en cimier de casque » le pôle supérieur du testicule ; c'est tout à fait l'aspect classique de l'épididymite tuberculeuse. Il est douloureux au palper, le testicule a très légèrement augmenté de volume. Il y a de la funiculite sans déférentite ; la prostate et les vésicules séminales sont normales. Pas d'écoulement urétral, les urines sont absolument claires, sans traces de filaments.

La culture du premier jet d'urine, après massage de la prostate, montre quelques colonies de staphylocoques blancs, à l'état de pureté. La culture des urines, recueillies par sondage, se montre négative. Malheureusement, ce deuxième examen n'a pas été fait le même jour que le premier.

Devant ce diagnostic d'épididymite staphylococcique probable, le malade est mis au vaccin : on fait une série de douze injections sous-cutanées, en commençant

par une dose faible (1/4 de cc) et on augmente progressivement. A la fin du traitement, l'état est notablement amélioré, les douleurs ont disparu, la masse épидидymaire a considérablement diminué.

En août 1932, l'épididyme était presque normal, et en septembre, seule persistait une légère induration au niveau de la queue de l'organe.

OBSERVATION III (D^r Ch. Motz)

M..., clichéur, 25 ans, consulte à l'Hôpital Saint-Louis pour épидидymite droite.

Dans ses antécédents, blennorragie trois ans auparavant, rapidement et complètement guérie; otite depuis de nombreuses années suppurant par intermittences.

Le début de l'épididymite s'est manifesté par de petits frissons, quelques douleurs au niveau de la région épидидymo-testiculaire droite, irradiant le long du cordon et dans la région lombaire correspondante.

L'épididyme est augmenté de volume dans sa totalité et présente un noyau important au niveau de la queue. Il est de consistance dure, bosselée, légèrement douloureuse au palper. Un sillon net le sépare du testicule qui est un peu augmenté de volume; pas d'hydrocèle vaginale, légère funiculite, canal déférent normal. Pas de sécrétion uréthrale. Prostate et vésicules séminales normales au toucher.

Les urines sont claires dans les deux verres. Les urines prélevées par sondage ne décèlent ni leucocytes, ni germes visibles; la culture des urines laisse pousser du staphylocoque.

La sécrétion prostatique montre de nombreux leucocytes; la culture est positive pour le staphylocoque.

On pratique une série d'injections de vaccin antistaphylococcique Pasteur; l'amélioration étant légère,

nous avons décidé d'intervenir et d'avoir la confirmation de notre diagnostic par la culture de la pièce opératoire.

Au cours de l'intervention, on constate que le testicule est normal, mais la queue de l'épididyme est triplée de volume. Elle est réséquée.

La culture des fragments de la pièce donne du staphylocoque pur. L'examen anatomo-pathologique montre une infiltration inflammatoire diffuse, interstitielle avec intégrité relative des tubes épididymaires. Pas de lésions tuberculeuses.

OBSERVATION IV (D^r R. Gouverneur)

M. G..., 47 ans. En juillet 1932, anthrax de la nuque, et, en septembre 1932, le malade se met à souffrir légèrement dans la région du testicule gauche, avec irradiations le long du cordon. Les urines sont claires, aucun antécédent de tuberculose.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative. A l'examen, le testicule est normal. Du côté gauche, l'épididyme est doublé de volume, dur, sensible, sans nodosités. Le cordon est un peu gros, mais le canal déférent est normal, ainsi que la prostate.

Bien que nous pensions à une épididymite staphylococcique, et surtout dans le désir de vérifier notre hypothèse, sous anesthésie locale, nous pratiquons une épididymectomie pour examiner la pièce et en faire la culture. Les suites opératoires sont simples.

A l'examen de la pièce, le tissu se compose d'un tissu conjonctivo-musculaire lisse, fibreux, avec légère infiltration subaiguë, à type lympho-plasmocytaire. Aucune image permettant de penser à la tuberculose. La culture de la pièce a décelé la présence de staphylocoques blancs.

OBSERVATION V (D^r R. Gouverneur)

M. G..., 27 ans, lieutenant au Maroc.

En 1931, se sent fatigué, souffre dans la région du testicule droit et, à ce moment, on pose le diagnostic de tuberculose de l'épididyme et une longue convalescence est accordée. On veut même réformer ce malade. Il n'y a dans ses antécédents aucune trace de tuberculose, ni d'ailleurs aucun signe d'infection à pyogènes.

Revu un mois et demi après, le malade présente des lésions analogues. Nous avons l'occasion de l'examiner en novembre 1932 : l'état général est excellent, les urines sont claires, sans filaments. Blennorragie à l'âge de 17 ans. Depuis, aucun écoulement. On constate un épididyme présentant une très légère induration au niveau de la queue; induration souple, élastique. Le canal déférent est normal, pas d'hydrocèle. La prostate et la vésicule séminale sont normales.

Un examen direct et une culture des urines ne décèlent aucun microbe, mais, après massage, le premier jet d'urine montre la présence de staphylocoques dorés, et, rétrospectivement, nous pensons qu'il s'agissait d'une épididymite à staphylocoques qui a été indûment prise pour de la tuberculose.

SYMPTOMATOLOGIE

Centrant toujours notre étude sur le diagnostic entre épididymite chronique staphylococcique et épididymite tuberculeuse, nous retiendrons surtout les signes cliniques et les examens de laboratoire caractéristiques de l'épididymite staphylococcique, qui permettent de faire d'elle une individualité clinique bien déterminée.

Le début de cette affection chronique est en général rapide, d'allure relativement aiguë. En tout cas, il peut presque à tous coups, comme il relève des observations citées plus haut, être nettement repéré et situé dans le temps par le malade. Ce début se fait par une augmentation de volume de la masse épididymo-testiculaire et quelques douleurs, qui, pendant quelque temps, vont rester assez aiguës, présentant parfois des paroxysmes qui irradient le long du cordon, jusque dans la région lombaire. Cette douleur cédera ensuite, ne se manifestant plus dans la suite de l'évolution que par un peu de pesanteur au niveau des bourses.

Cette douleur, qui est un signe précoce et constant, est souvent le premier symptôme qui attire l'attention.

Parallèlement, le malade peut présenter une élévation de température, parfois assez marquée, jusqu'à 40°. Mais c'est un signe extrêmement variable, auquel on ne peut vraiment pas attacher de valeur. Marquée, prolongée, dans l'observation I, elle est totalement absente dans l'observation II.

Devant ce tableau, nous sommes loin des signes de début de l'épididymite tuberculeuse, où le début exact des lésions, sans phénomènes douloureux, est impossible à préciser, et où c'est seulement par hasard que le

malade a découvert un jour une grosseur à côté de son testicule.

Si, au début de l'épididymite staphylococcique, la sensibilité est extrêmement vive spontanément et au palper, accompagnée d'un peu de rougeur et d'œdème des téguments, très rapidement tous ces signes s'amendent et il ne reste plus que les signes physiques d'une lésion chronique.

Et c'est à ce stade que résident et l'intérêt et la difficulté du diagnostic avec les lésions tuberculeuses. Les signes sont en effet à peu près comparables, ne présentant pas de différence nette. Seuls quelques points de détail permettront à des examens minutieux et attentifs de les distinguer.

L'épididyme, pris en masse, coiffe le testicule. Il est uniformément augmenté de volume, de consistance ferme, bosselée. En somme, c'est le classique « cimier de casque ».

On a pu observer des formes où l'augmentation de volume était spécialement marquée à la queue de l'organe ou à la tête, de même que la forme bipolaire n'est pas rare.

Le testicule est parfois un peu augmenté de volume, mais le plus souvent normal.

Il n'y a presque jamais de lame d'hydrocèle dans la vaginale.

Le cordon présente un peu de funiculite. Mais, là est le point essentiel, le canal déférent reste normal, ou très peu épaissi. Jamais il n'est induré, jamais il ne présente un aspect en noyaux, « moniliforme ».

C'est ici que réside le point important, le seul signe différentiel de la clinique de cette lésion staphylococcique chronique avec la tuberculose.

La prostate paraît normale et les urines sont claires.

La recherche des antécédents du malade prend alors toute son importance.

Si le malade présente des antécédents de blennorrhagie, il faut rechercher si elle a été complètement guérie et n'a pas laissé des lésions d'urétrite chronique à microbes banaux, qui secondairement aurait pu produire l'épididymite. Il ne s'agirait pas alors en ce cas d'épididymite primitive. D'ailleurs cette épididymite s'accompagne toujours d'urines louches ou claires, mais avec de nombreux filaments. Elle est donc d'un diagnostic facile.

Ce qui est beaucoup plus important, c'est la recherche d'une manifestation staphylococcique relativement récente de grande valeur pour asseoir le diagnostic, une poussée de furoncles, un anthrax, une otite, un panaris, une folliculite.

Dans nos observations, nous avons relevé : une fois une série de furoncles, une fois une otite, une fois un anthrax. Dans les deux autres, l'épisode staphylococcique manquait. Dans la littérature, sur 15 cas d'épididymites à staphylocoques en apparence primitives, 3 cas avaient été précédés de furoncles (2 d'anthrax, 1 d'un phlegmon de l'éminence thénar), 9 cas n'avaient présenté dans leurs antécédents aucun foyer de staphylocoques.

Un important élément de diagnostic, et pratiquement le seul vraiment certain, est apporté alors par la recherche au laboratoire du staphylocoque dans les urines prélevées aseptiquement et dans celles du premier jet après massage de la prostate, par la culture et les examens histo-bactériologiques.

La présence de microbes banaux dans la sérosité uréthro-prostatique n'a qu'une valeur relative. Aussi, pour

éviter au maximum les causes d'erreur, paraît-il préférable de suivre la technique suivante :

On fait d'abord uriner au malade 30 à 40 cc. d'urine, pour faire un premier nettoyage de la fosse naviculaire.

On fait ensuite un nettoyage soigné du gland, du méat et de la peau de la verge avec une solution d'alcool.

On lave l'urèthre antérieur avec une solution d'oxycyanure de mercure à 1/4.000 et on injecte avec une seringue 2 cc. d'alcool à 80° dans la fosse naviculaire. Cette dernière manœuvre produit une sensation de cuisson, d'ailleurs passagère.

Le malade est alors sondé très aseptiquement, on laisse s'écouler les premiers centimètres cubes d'urine et on recueille environ 50 cc. dans un matras stérile, d'où on les examinera après centrifugation et on lesensemencera sur les milieux usuels.

On retire la sonde. On masse la région prostatovésiculaire, et immédiatement après, le malade urine à nouveau dans un flacon stérile. Cette urine, contenant la sécrétion prostatique, devra être également examinée après centrifugation et cultivée.

La bactériurie est assez inconstante. L'examen de la sécrétion prostatique montre presque toujours un peu de pus et parfois des staphylocoques à l'examen direct; la culture, par contre, a toujours été positive.

Ces faits plaident en faveur d'une prostatovésiculite fruste puisqu'elle ne modifie pas la prostate dans son volume, sa forme ou sa consistance. De plus, la virulence des germes doit être atténuée puisqu'il n'y a pas d'urétrite.

Le fait que la bactériurie est inconstante mais que la culture de la sécrétion prostatique est souvent positive

et peut d'ailleurs permettre de poser un diagnostic rétrospectif. Dans l'observation V, il s'agissait d'un malade qui, un an auparavant, avait été traité pour une épидидymite décrite tuberculeuse, qui aurait régressé rapidement et laissé, comme seule trace, un tout petit nodule fibreux à la queue de l'organe. La culture des urines est restée stérile, mais celle du premier jet après massage de la prostate a montré de nombreuses colonies de staphylocoques.

EVOLUTION

L'évolution des lésions constatées à plusieurs examens séparés par un intervalle vient souvent apporter la clef du diagnostic : c'est qu'en effet, assez rapidement sous l'influence du repos, de la vaccinothérapie, soit propidon, soit stocks vaccin staphylococcique, la résolution s'observe.

Une fois le processus terminé, on ne trouve souvent au niveau de l'épididyme aucune trace d'une lésion quelconque; parfois il persiste à la queue une légère induration, mais sans gros noyau fibreux.

Il faut citer cependant le cas, d'ailleurs exceptionnel, des épидидymites staphylococciques récidivantes. Il s'agit en réalité d'épididymites entretenues par une prostatite. On emploie alors le traitement médical pour traiter la prostatite, soit trois instillations d'argyrol dans l'urèthre postérieur, accompagnées de dix ou douze massages de la prostate.

Les séries de massage peuvent être continuées un peu plus longtemps, si l'infection prostatique persiste.

Enfin, ce n'est qu'en désespoir de cause, et le plus tard possible, qu'on aura recours au traitement chirurgical, ce qui est sa seule indication ici et à titre tout à fait exceptionnel.

TRAITEMENT

Le traitement symptomatique de la douleur consiste à faire porter un suspensoir ou dans la mise au repos, les bourses reposant sur une planchette ouatée.

On peut s'aider de pansements humides ou de pommades calmantes, particulièrement au collargol.

On peut donner parallèlement un antiseptique urinaire, par exemple 1 gr. 50 par jour d'uroformine.

Le traitement spécifique consiste dans l'injection de stock vaccin antistaphylococcique Pasteur.

On commence par une dose faible ($1/4$ de cc), puis on augmente progressivement jusqu'à 2 cc., et on fait de six à douze piqûres.

On peut y ajouter quelques injections de propidon.

Enfin, on recommandera l'injection d'auto-vaccins, préparés à partir des malades eux-mêmes et qui sont vraiment, pour un malade donné, les seuls vaccins spécifiques.

Enfin, une place tout à fait à part et à l'écart sera faite à l'exceptionnelle intervention de la chirurgie, soit pour inciser les abcès qui se sont formés malgré le traitement médical; soit pour pratiquer une épидidymectomie sur des formes récidivantes telles que celles que nous avons indiquées au chapitre de l'évolution.

CONCLUSIONS

I. — L'épididymite primitive à staphylocoques, que nous retiendrons surtout dans sa forme chronique, est une affection démontrée par la clinique et la bactériologie.

II. — Toute son importance réside dans sa ressemblance avec l'épididymite tuberculeuse et la difficulté du diagnostic différentiel.

Cependant on retiendra en faveur de l'épididymite à staphylocoques :

- la douleur au niveau de l'épididyme, qui est au début un signe précoce et constant;
- bien qu'il y ait de la funiculite, l'absence totale de déférentite, signe quasi constant de l'épididymite tuberculeuse;
- l'importance dans les antécédents d'un foyer suppuré à staphylocoque;
- les urines claires;
- surtout le signe capital, le seul vraiment important : la découverte bactériologique du staphylocoque doré dans le premier jet d'urine après massage de la prostate.

III. — Enfin, l'importance de la résolution rapide sous l'influence du repos, de la vaccinothérapie et de la radiothérapie.

Le traitement chirurgical de telles affections n'a que des indications tout à fait exceptionnelles, d'où l'intérêt de ne pas poser à la légère le diagnostic d'épididymite tuberculeuse entraînant une opération mutilante et, dans le cas particulier, inutile.

Vu : Le Doyen,

TIFFENEAU.

Vu : Le Président de Thèse,

CHEVASSU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Baron et Dumont. — Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 3 décembre 1920.

Bologne Si et Redi. — Sur les épididymites subaiguës et chroniques dites « aspécifiques ». Journal d'urologie, XXXIII, n° 4, avril 1932.

Bouillé. — Thèse de Paris, 1932.

Congrès de l'Association Franç. d'Urologie, 1934.

Crescenzi. — Epididymites et orchites chroniques non spécifiques, XXIX, Cong. soc. ital. de chir. Fизence, 21-24 octobre 1922.

R. Gouverneur et Ch. Motz. — On connaît mal l'épididymite primitive à staphylocoques. Comment la dépister, comment la traiter. Avenir Médical, avril 1939.

Ch. Motz. — Contribution à l'étude des épididymites staphylococciques. Rapport de M. Gouverneur à la Société Franç. d'Urologie, 20 février 1933.

